

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

No. 12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BUREAU

Né à Saint-Omer, le 5 décembre 1895

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne à l'hôpital de Rothschild

L'ACTION DE L'HYPOPHYSE
SUR LA DÉLIVRANCE

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BUREAU

Né à Saint-Omer, le 5 décembre 1895

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne à l'hôpital de Rothschild

L'ACTION DE L'HYPOPHYSE
SUR LA DÉLIVRANCE

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

I. de JONG . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ÂLGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
GRIEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAINEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.
LEREBoulLET. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE TRÈS VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

AMIENS

1919-1920. M. le Docteur MERLE

1920-1921. M. le Docteur MOULONGUET

PARIS

Stage :

1921-1922. M. le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE

Externat :

1922-1923. M. le Professeur MARFAN

1923-1924. M. le Professeur agrégé GARNIER

1924-1925. M. le Docteur MOUCHET

1925-1926. M. le Professeur agrégé I. DE JONG
(*in memoriam*)

Internat (Hôpital de Rothschild) :

1926-1927. M. le Docteur SCHWAAB

1928. M. le Docteur ASTRUC

MM. les Docteurs FROIDURE (*in memoriam*),
POULAIN (d'Amiens), HUBER, VIGNES,
D'ALLAINES, MARQUEZY, JACQUET,
ZADOC-KAHN, HERTZ, RÆDERER,
TURQUETY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553001_0048

L'ACTION DE L'HYPOPHYSE

SUR LA DÉLIVRANCE

Nous abordons un sujet qui a déjà fait couler beaucoup d'encre ; il a passionné les accoucheurs du monde entier, les soulevant d'enthousiasme, puis les a divisés, les engageant dans une polémique qui n'est pas terminée.

Nous essaierons cependant d'aborder encore un des côtés de la question qu'il nous a été donné d'étudier longuement et d'apporter le résultat de notre expérimentation.

HISTORIQUE

L'introduction dans la thérapeutique obstétricale de l'extrait hypophysaire en 1909 parut apporter aux accoucheurs le remède idéal de l'inertie utérine.

Depuis longtemps les procédés simples et les moyens mécaniques destinés à lutter contre le fléchissement du muscle utérin étaient jugés inefficaces.

Parmi les médicaments « ocytociques » l'ergot de seigle, dont on avait tant usé et abusé, était banni, laissant derrière lui la triste renommée d'accidents aussi graves que nombreux ; le sulfate de quinine n'avait qu'une action bien capricieuse.

L'extrait du lobe postérieur d'hypophyse apparut comme le « remède magique » accélérant le travail et abrégeant les fatigues de la parturiente.

Les travaux se succédèrent, prônant les bienfaits du nouveau médicament. Hofbauer, en Allemagne, fit, le premier, un travail d'ensemble sur les qualités ocytociques de l'extrait d'hypophyse, et entraîna la conviction de nombreux auteurs, tant en Allemagne qu'en Angleterre et en France. L'Ecole de Nancy, cependant, avec Parisot et Spire n'obtenait que des résultats médiocres, mais que l'on mettait sur le

compte de la forme pharmaceutique employée. Et quelques années plus tard, Pouliot et Vayssière, dans les travaux d'ensemble, apportaient le résultat remarquable de leurs expérimentations cliniques. Puis Mandell, Mlle Chneerson, précisèrent, dans des travaux très complets, l'emploi et les contre-indications du médicament.

Enfin, à l'enthousiasme, peut-être excessif, des premiers temps, succéda, après la guerre, la méfiance et la critique qui devint rapidement acerbe. Des statistiques américaines (1) mentionnèrent des désastres consécutifs à l'emploi de l'hypophyse employé sans discernement par les médecins et les sages-femmes. Ces travaux entraînèrent la conviction de la majorité des accoucheurs que l'hypophyse était un médicament dangereux, à supprimer de l'arsenal thérapeutique obstétrical.

Que reprochait-on à l'hypophyse ? avant tout, la contracture de l'utérus, la tétanisation pouvant aller jusqu'à la rupture utérine.

Et les partisans convaincus, les enthousiastes de la première heure, encore fidèles au médicament, répondaient avec Pouliot et Truchard que ces désastres ne se rencontraient que dans les cas où les médecins ignoraient les conditions indispensables de son emploi : « Bassin normal, présentation longitudinale du fœtus complètement engagée, col souple, segment inférieur très aminci, musculature

1. En particulier un article de Rucken et Haskell, paru en 1921 dans le *Journal de l'Association médicale américaine*.

utérine non affaiblie par de nombreuses grossesses ou par une opération césarienne antérieure, absence de toute complication cardiaque ou rénale, enfin *inertie utérine* caractérisée » *trop souvent confondue d'ailleurs avec la contraction*.

Et les adversaires publièrent alors de nouvelles statistiques accumulant les catastrophes survenues, alors qu'il n'existait aucune contre-indication à l'emploi de la drogue.

Il n'est pas, dans notre intention, de refaire ici le procès de l'hypophyse. Nous voulons simplement rappeler, dans ce court aperçu historique, les phases parcourues par ce médicament. Ainsi avertis, nous étudierons un point particulier de son emploi jusqu'alors peu précisé : son action sur le muscle utérin au moment de la délivrance.

ACTION DE L'HYPOPHYSE SUR LES MUSCLES

Nous rappellerons tout d'abord comment agit sur les muscles l'extrait hypophysaire, sans entrer dans le détail de la physiologie de la glande pituitaire qui a été étudiée longuement par maints auteurs.

L'extrait du lobe postérieur d'hypophyse exerce son action sur la *fibre musculaire lisse*. Cette action a été reproduite expérimentalement sur des segments d'artère (Pal et Boris), sur les fibres radiés de l'iris (Cramer), sur l'utérus des animaux (Dale), sur la vessie (Frankl Hochwart et Frœhlich). Dale a montré que l'action sur la fibre musculaire lisse ne se fait pas par l'intermédiaire du système nerveux ; l'extrait hypophysaire rend la fibre musculaire plus sensible à ses excitants et en particulier à l'action de sympathique. Haskell et Rucker ont confirmé ces faits sur leurs tracés ; sur l'animal ils ont vu que l'extrait hypophysaire provoque une augmentation persistante du tonus utérin, avec petites contractions superposées. Chez la femme, ils ont observé une augmentation du tonus persistant pendant trente-cinq minutes. Les ondes de contraction partent de l'extrémité abdominale de la trompe et se dirigent

de haut en bas vers le col utérin. Ces contractions sont beaucoup plus marquées lorsqu'on a affaire à un utérus gravide.

Ces notions expérimentales ont amené les accoucheurs à utiliser l'hypophyse pendant le travail et pendant la période de délivrance. A cette dernière période, la pituitrine est injectée dans le but de hâter la délivrance ou d'agir sur l'inertie utérine du post-partum.

PHYSIOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE

Avant d'aborder l'étude de cette action de l'hypophyse sur la délivrance, nous résumerons les principaux phénomènes physiologiques provoquant le décollement du placenta et des membranes.

Plusieurs périodes se succèdent ; après l'expulsion du fœtus ; une première période de repos dure quinze à vingt minutes : c'est la *rétraction* de l'utérus. Elle est suivie d'une période de *contraction* amenant le décollement, puis l'expulsion du placenta et des membranes.

Dans le premier temps, le muscle utérin ne se contracte pas, il se rétracte de par sa seule élasticité. Pinard et Varnier ont démontré qu'aucun décollement ne se produisait du fait de la rétraction, détruisant la thèse des anciens auteurs qui attribuaient à la rétraction post-partum la cause du décollement placentaire.

L'utérus est rénitent et souple, donnant l'impression classique du globe de sûreté. Le fond de l'utérus est situé à un travers de doigt au-dessous du niveau de l'ombilic.

Après cette pause, les contractions réapparaissent,

plus ou moins douloureuses. Elles énucléent le placenta qui se décolle suivant un plan de clivage très variable au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire. Une collection sanguine apparaît derrière le placenta qui s'inverse en descendant, hématome peu abondant qui, normalement, ne provoque ni décollement des membranes, ni augmentation de volume appréciable de l'utérus qui garde la même hauteur.

Le placenta, en descendant, s'engage dans le segment inférieur qui se déplisse, amenant alors une ascension du fond utérin qui dépasse de trois ou quatre travers de doigt le niveau de l'ombilic.

A ce moment, le placenta s'est engagé dans le vagin, se présentant presque toujours par sa face fœtale. Il va être expulsé par contraction des releveurs ou effort abdominal. Le fond de l'utérus se trouve alors à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La délivrance a demandé ainsi, laissé strictement à elle-même, un temps variable de trente minutes à deux heures.

Nous allons examiner quelle modification lui fait subir l'extrait hypophysaire.

L'ACTION DE L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE SUR LA DÉLIVRANCE

Dès les premiers travaux sur l'emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique, on avait signalé l'action du médicament sur la délivrance.

De nombreux auteurs prétendaient que les contractions provoquées par l'hypophyse donnèrent pendant le travail se continuaient avec intensité pendant la période de délivrance et que celle-ci était plus précoce.

Pour d'autres au contraire, les injections de pituitrine faites pendant le travail prédisposaient à l'inertie secondaire.

A côté de cette prolongation de l'action du médicament, on expérimenta l'hypophyse dans les retards du décollement placentaire.

Le problème de la délivrance se posait ainsi sous deux aspects :

- 1° L'action exercée sur l'expulsion de l'arrière faix par l'injection hypophysaire faite pendant le travail.
- 2° L'action de l'hypophyse injectée après l'expulsion de l'enfant, sur le décollement placentaire.

Ces deux modes d'action sur la délivrance, s'ils

doivent aboutir au même but, se différencient complètement quant à leur comportement sur l'utérus et c'est après avoir remarqué les cas heureux de la première question du problème et les déboires de la seconde, que notre attention s'est portée sur ce point encore peu étudié du problème de l'hypophyse.

I. — L'ACTION EXERCÉE SUR LA DÉLIVRANCE PAR L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE INJECTÉ PENDANT LE TRAVAIL

Cette action a été notée, en bien ou en mal, par nombre d'auteurs.

Stern conclut à une délivrance spontanée, rapide et sans perte considérable de sang.

Fabre et Rhenter, sur 9 malades traitées pendant l'accouchement ont eu 6 délivrances normales et 3 délivrances artificielles.

Siguret constate que la délivrance s'effectue toujours assez rapidement.

Hofbauer prétend que l'atonie secondaire ne se rencontre que dans les cas où la dose d'hypophyse injectée a été trop faible.

Pour Joeger, l'hémorragie est à craindre si un intervalle de plus d'une heure sépare l'expulsion de l'enfant du moment où l'hypophyse a été injectée.

Delestre signale que la délivrance s'effectue en général plus rapidement quand on a injecté de l'extrait hypophysaire au cours du travail.

P. Burger injecte l'hypophyse vers la fin de la

période d'expulsion : la délivrance se fait facilement et rapidement.

Reeb emploie l'hypophyse pour prévenir les hémorragies dans la période de délivrance ; il l'injecte chez les multipares qui avaient eu des hémorragies par atonie dans les accouchements antérieurs.

Pour Stern, l'injection d'hypophyse pendant le travail accélère la délivrance.

Vayssières prétend que la délivrance se fait en temps normal, ni plus vite, ni plus tard.

Devin, dans sa thèse, signale que dans les accouchements avec injections d'extrait d'hypophyse, la délivrance se produit en général rapidement (1/2 heure en moyenne après l'accouchement) et avec une perte de sang minime (100 grammes environ).

Rübsamen montre que tout dépend du temps écoulé entre la dernière injection d'hypophyse et la délivrance. Quand ce temps dépasse une heure et demie ou deux heures, l'influence de l'extrait hypophysaire ne se fait plus sentir. Elle est, au contraire, bienfaisante quand elle est faite moins de trois quarts d'heure avant l'accouchement.

Dans ces dernières conditions, selon Pouliot, la délivrance est toujours spontanée, précoce « et comme on n'est tenté de faire ni expression, ni traction, elle est complète, et les membranes viennent intactes ». D'autre part, ajoute-t-il, « on ne cite aucun fait caractérisé de rétention de l'arrière-faix. »

OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons ont été recueillies dans le service de notre maître, M. le D^r Schwaab, à la maternité de l'hôpital de Rothschild.

Nous avons employé l'hypophyse Choay n° 4 (une ampoule de 1 cmc. correspondant à un demi-lobe postérieur d'hypophyse de bœuf), en injection sous-cutanée ou intra-musculaire.

Dans tous les cas que nous publions, nous avons achevé la délivrance, lorsque l'arrière-faix était décollé et engagé dans le vagin, par simple traction sur le cordon et pression légère sur l'utérus (ceci dans le seul but de surveiller l'utérus).

1^o ACTION DE L'HYPOPHYSE SUR LA DÉLIVRANCE LORSQUE LE MÉDICAMENT EST INJECTÉ AU COURS DE LA PÉRIODE DE DILATATION :

Observation I (1927-52).

Mme K., 35 ans, III-pare.

Accouchement à terme.

Après cinquante-trois heures de travail très lent, la tête est fixée, la dilatation d'une petite paume.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

L'engagement s'effectue aussitôt en OI DP.

Accouchement spontané d'un enfant de 3 kgr. 600, dix minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation II (1927-98).

Mme L..., 37 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Après quinze heures de travail, tête engagée en OIDA, dilatation d'une petite paume, membranes rompues depuis une heure.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

La dilatation est complète quinze minutes après la piqûre.

Application du forceps sur OIDA pour modification des bruits du cœur.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3 kgr. 770.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'extraction.

Les membranes sont déchirées, mais paraissent complètes.

Suites de couches normales.

Observation III (1926-504).

Mme G..., 33 ans, III-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent : seize heures. Tête s'engageant en OIDP.

Dilatation de grande paume ne progressant pas.

Le col est oedématié.

Injection de 1 centigramme de morphine, suivie d'une injection de 1 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement spontané cinq minutes après la piqûre : enfant vivant de 3 kgr. 950, né étonné.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'expulsion.

Observation IV (1925-367).

Mme T., 29 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent. Dilatation stationnaire à « 5 francs » pendant seize heures avec tête haute, en transverse, défléchie. Contractions rares, peu énergiques,

Le 9 mai, à 2 heures, la dilatation est entre grande paume et complète. Elle est stationnaire jusqu'à 7 heures.

A 7 heures, injection de 1 centimètre cube d'hypophyse qui provoque quelques contractions énergiques et fait progresser la tête.

A 8 h. 15, application du forceps sur OIGT pour arrêt de la progression et défaut de rotation.

Extraction d'un enfant vivant de 2 kgr. 630.

A 11 heures, délivrance artificielle ; le placenta est décollé mais retenu dans le segment inférieur.

Observation V (1927-147).

Mme C., 19 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent : vingt-quatre heures.

Tête engagée en OIGA.

Dilatation stationnaire à petite paume.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète vingt minutes après la piqûre.

Accouchement spontané cinquante-cinq minutes après la piqûre ; enfant pesant 4 kgr. 100.

Délivrance naturelle quarante minutes après l'expulsion.

Observation VI (1927-149).

Mme L., 20 ans, I-pare.

Accouchement au terme de huit mois.

Après vingt-deux heures de travail, la dilatation reste stationnaire à petite paume, la tête engagée en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète cinq minutes après.

Accouchement spontané dix minutes après la piqûre ;
enfant pesant 2 kgr. 650.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation VII (1927-172).

Mme J., 26 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent : vingt-deux heures.

Dilatation stationnaire à « 5 francs ».

Tête engagée en OIDP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète cinq minutes après.

Application du forceps sur OIDP cinquante minutes après la piqûre (pour lenteur de la période d'expulsion et fatigue de la parturiente).

Extraction d'un enfant vivant de 3 kilogrammes.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation VIII (1927-205).

Mme P., 22 ans, I-pare.

Accouchement au terme de huit mois et demi.

Après dix-huit heures de travail, la dilatation demeure stationnaire à « 5 francs », la tête engagée en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète cinq minutes après.

Accouchement spontané vingt-cinq minutes après la piqûre ; enfant de 2 kgr. 630.

Délivrance naturelle trente-cinq minutes après l'expulsion.

Membranes déchirées, paraissant complètes.

Suites de couche normales.

Observation IX (1927-242).

Mme D., 37 ans, II-pare.

Accouchement à terme.

Après vingt-quatre heures de travail lent, la dilatation reste stationnaire à petite paume.

La tête est engagée en OIGA.

Rupture artificielle des membranes pour légère perte de sang.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement spontané quinze minutes après la piqûre ; enfant de 3 kgr. 370.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Membranes déchirées paraissant complètes.

Suites de couches normales.

Observation X (1927-274).

Mme L..., 21 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent : vingt heures.

Dilatation stationnaire à grande paume.

Tête engagée en OIGA.

Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse.

Application du forceps sur OIGA, une heure dix minutes après la piqure pour lenteur de la période d'expulsion et souffrance fœtale.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kgr. 550 (né étonné).

Délivrance naturelle dix minutes après l'extraction.

Observation XI (1927-555).

Mme P..., 22 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Travail très lent durant depuis deux jours et demi.

La tête est fixée, la dilatation stationnaire à « 5 francs ».

Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse.

Les douleurs deviennent rapidement plus énergiques, la dilatation est complète trente minutes après la piqure.

L'engagement s'est effectué en OIDP.

Une heure quinze après la dilatation complète on applique le forceps sur OIDP pour modification des bruits du cœur.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kgr. 220.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'extraction.

Observation XII (1927-571).

Mme G. ..., 21 ans, I-pare.

Accouchement à terme,

Après dix-sept heures de travail les contractions s'espacent, la dilatation est stationnaire à grande paume, les membranes sont rompues depuis une heure.

La tête est engagée en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement spontané trente minutes après la piqure ;
enfant de 3 kgr. 550,

* Délivrance naturelle quinze minutes après l'expulsion.

Observation XIII (1926-931).

Mme B..., 36 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Premières douleurs le 10 décembre à 5 heures.

Contractions peu vigoureuses et très espacées.

Le 11, à 4 h. 30, la dilatation est stationnaire à petite paume depuis huit heures, le col œdématié.

Injection de 1 centigramme de morphine.

A 11 h. 15, injection de 1 centimètre cube d'hypophyse provoquant des contractions assez violentes.

La dilatation est presque complète quinze minutes après.
Il persiste un peu de col en avant.

A ce moment, les bruits du cœur deviennent irréguliers.

Application du forceps sur OIGA.

Extraction d'un enfant vivant, né étonné, pesant 3 kgr. 200.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'extraction.

Observation XIV (1926-723).

Mme L..., 24 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Jeune femme en travail depuis seize heures, présentant des troubles mentaux.

Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse à la dilatation de « 5 francs ».

Lavement chloralé.

Dilatation complète quarante-cinq minutes après la piqure.

On applique le forceps sur OIGA pour abréger la période d'expulsion (fatigue très marquée de la parturiente).

Extraction d'un enfant vivant pesant 5 kgr. 100.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'extraction.

Observation XV (1926-595).

Mme S..., 25 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Après vingt trois heures d'un travail lent, la dilatation est stationnaire à grande paume, la tête engagée en OIDP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète cinq minutes après la piqure.

Application du forceps sur OIDP, une heure dix après. (Lenteur de la période d'expulsion et modifications des bruits du cœur; liquide amniotique fortement teinté de méconium.)

Extraction d'un enfant vivant, né étonné, pesant 3 kgr. 440.

Délivrance naturelle dix minutes après l'extraction.

Observation XVI (1926-845).

Madame G..., 28 ans, V-pare.

Accouchement à terme.

Six heures après le début du travail, la dilatation est stationnaire à « 2 francs », le col légèrement œdématié.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète douze minutes après la piqure.

Accouchement spontané quinze minutes après la piqure; enfant de 4 kilogrammes.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation XVII (1926-846).

Mme G... 30 ans, IV-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent, contractions espacées et peu vigoureuses.

Rupture prématurée des membranes.

Six heures après les premières douleurs, la dilatation est de « 2 francs », la tête engagée en OIDP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à 2 heures.

Dilatation complète à 6 h. 17 (l'action du médicament a duré une demi-heure environ).

Accouchement spontané à 6 h. 30 ; enfant de 3 kgr. 060.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'expulsion.

Observation XVIII (1927-688).

Mme D..., 38 ans, II-pare.

Avortement de 5 mois 1/2.

Poche des eaux rompue depuis sept jours.

Col largement entrouvert (procidence d'un bras et du cordon).

Pas de contractions.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse provoquant les premières douleurs cinq minutes après.

Expulsion du fœtus trente-cinq minutes après la piqûre (fœtus de 720 grammes ayant respiré 5 heures).

Délivrance naturelle et complète dix minutes après l'expulsion.

Observation XIX (1927-372).

Mme F..., 34 ans, I-pare, IV^e geste.

Accouchement au terme de 6 mois 1/2.

Bruits du cœur non perçus à l'entrée.

La malade prétend avoir perdu des caillots chez elle.

Contractions légères. Dilatation de « 50 centimes ».

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à 18 h. 10.

Des contractions plus vigoureuses apparaissent une heure quarante-cinq après la piqûre. On perçoit faiblement les bruits du cœur.

Dilatation complète à 22 h. 20.

Accouchement spontané à 22 h. 30 ; enfant vivant de 1 kgr. 420 (décédé le 6^e jour).

Délivrance naturelle trente minutes après l'expulsion.

(Placenta hypertrophié pesant 700 grammes).

Membranes déchirées.

Suites de couches normales.

Observation XX (1927-208).

Mme L..., 23 ans, II-pare.

Accouchement au terme de 8 mois 3/4.

Travail lent : douze heures.

Dilatation stationnaire à « 2 francs ».

Tête engagée en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

**Accouchement spontané dix minutes après la piqure ;
enfant vivant pesant 2 kgr. 925.**

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

Observation XXI (1927-202).

Mme T..., 23 ans, III-pare.

Accouchement à terme.

**Deux heures après le début du travail les contractions
utérines s'atténuent et disparaissent.**

Dilatation de « cinquante centimes ».

**Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse qui donne
presque immédiatement des contractions énergiques.**

Dilatation complète, trente minutes après la piqure.

**Accouchement spontané trente-cinq minutes après la pi-
qure ; enfant vivant pesant 3 kgr. 600.**

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Membranes déchirées, incomplètes.

Suites de couches normales.

Observation XXII (1927-201).

Mme B ..., 34 ans, II-pare, IV^e geste.

Accouchement au terme de huit mois.

Après sept heures de travail, les contractions s'espacent.

La dilatation est de « 2 francs », la tête engagée en OIGA.

**Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse qui pro-
voque des contractions très vigoureuses et rapprochées.**

Dilatation complète, huit minutes après.

Accouchement spontané dix minutes après la piqûre ;
enfant vivant pesant 2 kgr. 430.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

Observation XXIII (1927-156).

Mme B. . . , 23 ans, II-pare, IV^e geste.

Accouchement à terme.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse au début
du travail, à la dilatation de « 50 centimes, » la tête engagée
en OIGA (dans le but d'accélérer le travail chez une
femme très fatiguée).

Dilatation complète une heure quarante après.

Accouchement spontané une heure cinquante après la
piqûre ; enfant vivant de 3 kgr. 650.

Délivrance naturelle trente minutes après l'expulsion.

Observation XXIV (1927-136).

Mme C. . . , 39 ans, III-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent : douze heures. Contractions très rares et peu
intenses.

Dilatation de « 50 centimes ».

Tête engagée en OIDP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète deux heures quinze après la piqûre.

Accouchement spontané deux heures trente après la
piqûre ; enfant vivant, né étonné, pesant 3 kgr. 490.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation XXV (1927-109).

Mme Q..., 20 ans, I-pare.

Accouchement au terme de 8 mois $1/2$.

Contractions douloureuses depuis trois jours sans effet sur la dilatation.

Dilatation lenticulaire.

Tête engagée en OIDP.

Injection de $1/2$ centimètre cube d'hypophyse qui amène la dilatation complète en deux heures quarante-cinq.

Accouchement spontané trois heures quinze après la piqure ; enfant vivant de 3 kilogrammes.

Délivrance naturelle trente minutes après l'expulsion.

Observation XXVI (1927-105).

Mme K..., 25 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Rupture prématurée des membranes.

Premières douleurs le 4 février à 10 heures.

La dilatation est de « 50 centimes » à 18 heures, elle reste stationnaire pendant quarante-huit heures.

Le col est œdématié.

La tête mal fléchie en OIDP.

Pas de bruits du cœur.

On fait successivement à la parturiente une injection d'un centigramme de morphine, puis une injection d'atropine-morphine.

Aucune modification. Contractions espacées, inefficaces.

Le 6, injection de un demi centimètre cube d'hypophyse.

La dilatation est complète deux heures après.

La femme très fatiguée demande une application de forceps qui est pratiquée deux heures trente après la piqure : enfant mort-né pesant 3 kgr. 750.

Délivrance artificielle vingt-cinq minutes après l'extraction pour hémorragie grave (enchâtonnement dans une corne utérine).

Membranes déchirées.

Suites de couches excellentes.

Observation XXVII (1923-728).

Mme L..., 39 ans, VI-pare.

Accouchement à terme.

A son entrée à la maternité, la femme déclare ne plus sentir remuer depuis quinze jours.

Pas de bruits du cœur. Pas de début de travail, mais suintement vaginal de couleur louche et d'odeur fétide.

Col long, perméable jusqu'à l'orifice interne.

Les membranes paraissent intactes. Tête engagée en OIGA.

On fait des tentatives répétées pour provoquer le travail :

Le 20, une laminaire ne donne aucun résultat.

Le 21, pose de l'écarteur de Tarnier.

Injection d'un demi centimètre cube d'hypophyse.

Apparition de quelques contractions qui persistent trois heures. Col en voie d'effacement.

Le 22, nouvelle pose de l'écarteur.

Injection d'un demi centimètre cube d'hypophyse.

Contractions fortes s'arrêtant une heure après l'ablation de l'écarteur.

Col rigide. Dilatation de « 50 centimes ».

Poche des eaux peu tendue.

Le 25, la dilatation est de « 1 franc ».

Injection d'un centimètre cube d'hypophyse.

Deux heures après l'injection, accouchement spontané ;
enfant mort-né, macéré, de 3 kgr. 350.

Difficulté au moment de l'extraction des épaules par
rétraction de l'anneau de Bandl.

Délivrance artificielle quatre heures après l'accouchement
pour inertie utérine (Placenta très adhérent à la face anté-
rieure droite de l'utérus).

Membranes déchirées, incomplètes.

Suites de couches normales.

Observation XXVIII (1926-125).

Mme A..., 26 ans, II-pare.

Accouchement à terme.

Après huit heures de travail la dilatation est stationnaire
à « 2 francs », les douleurs diminuent d'intensité.

Tête engagée en OIGA.

Injection d'un demi centimètre cube d'hypophyse.

Dilatation complète une heure trente après la piqûre.

Accouchement spontané une heure quarante après la
piqûre, enfant vivant pesant 3 kgr. 960.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

Observation XXIX (1926-117).

Mme P..., 40 ans, VI-pare.

Accouchement à terme.

Rupture prématurée des membranes dix-sept heures avant le début du travail.

Dilatation de « 1 franc ». Tête engagée en OIDP.

Injection d'un centimètre cube d'hypophyse provoquant des contractions vigoureuses cinq minutes après.

Accouchement spontané quinze minutes après la piqure, enfant vivant pesant 3 kgr, 200.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation XXX (1927-75).

Mme F..., 35 ans, II-pare.

Accouchement à terme.

Travail durant depuis cinq heures.

Dilatation de « 2 francs ». Tête engagée en OIDP.

Les contractions s'atténuent et s'espacent.

Injection d'un demi centimètre cube d'hypophyse amenant rapidement des contractions violentes.

Dilatation complète trente minutes après la piqure.

Accouchement spontané quarante-cinq minutes après la piqure ; enfant vivant, né étonné, pesant 3 kgr. 410.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation XXXI (1927-849)

Mme P..., 27 ans, V-pare.

Accouchement à terme.

Premières douleurs le 14 novembre à 21 heures.

Hémorragie assez abondante.

La parturiente entre à l'hôpital deux jours après.

Col dilatable comme « 2 francs ». Tête haute, fixée.

Au toucher, le doigt perçoit le bord placentaire sur la face latérale gauche du col.

Rupture artificielle des membranes.

Injection de $3/4$ centimètres cubes d'hypophyse.

Contractions énergiques dix minutes après la piqure.

Accouchement spontané deux heures et demi [après la piqure ; enfant vivant de 3 kgr. 400.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

(Membranes rompues au ras de l'insertion placentaire. Placenta déchiqueté et infiltré à ce niveau).

Observation XXXII (1926-938)

Mme A..., 44 ans, X-pare.

Accouchement à terme.

Tête fixée en G. A. Effacement du col.

Injection de $1/2$ centimètre cube d'hypophyse provoquant des contractions quelques minutes après.

Accouchement spontané quarante minutes après la piqure ; enfant vivant de 3 kgr. 250.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'expulsion.

Observation XXXIII (1925-500)

Mme V..., I-pare.

Accouchement provoqué un peu avant terme (8 mois $1/2$) pour rupture prématurée de la poche des eaux et absence de travail.

26 juin. — Rupture des membranes. Tête haute, mobile. Col non effacé.

28 juin. — Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse.
Aucun résultat.

29 juin. — Absorption de 1 gramme de quinine sans résultat.

30 juin. — A 17 heures, pose d'un ballon de Champetier de 50 centimètres cubes.

A 17 h. 30, apparition des premières douleurs.

A 22 heures, douleurs très rapprochées.

A 24 heures, le ballon est dans le vagin.

Dilatation entre « 2 francs et 5 francs ».

1^{er} juillet, à 0 h. 30. — Absence complète des contractions, pose d'un écarteur de Tarnier qui fait réapparaître les contractions.

A 2 h. 30, les contractions s'espacent.

Enlèvement de l'écarteur.

Dilatation de « 5 francs ». Col épais.

A 3 h. 25, injection de 1 centimètre cube d'hypophyse.

Aucun résultat. La femme s'endort.

A 5 heures, absorption de 1 gramme de quinine.

Aucun résultat.

A 11 h. 30, dilatation de « 5 francs ». Bords du col un peu épais mais peu rigides.

Devant la tête on perçoit des membranes.

Mêmes constatations jusqu'au lendemain. Pertes un peu purulentes.

2 juillet, à 11 heures. — Mise en place d'un écarteur de Tarnier et injection simultanée de 1 centimètre cube d'hypophyse.

Apparition des contractions.

A 11 h. 30, enlèvement de l'écarteur.

Anesthésie au chloroforme : dilatation manuelle. Incision latérale gauche du col.

Applications du forceps sur OI DP.

Extraction d'un enfant vivant du sexe masculin pesant 3 kgr. 200.

Délivrance artificielle immédiate (l'utérus est un peu contracturé). Placenta complet : 540 grammes.

Suites de couches normales.

Observation XXXIV (1927-841)

Mme T..., 36 ans, I-pare.

Accouchement à terme en SIGA.

Membranes rompues depuis dix jours. Liquide amniotique très teinté de méconium.

Contractions douloureuses.

Col pas complètement effacé. Bruits du cœur perçus.

Température : 38°2.

A 11 h. 40, injection de 1 centimètre cube d'hypophyse.

Les douleurs apparaissent trois minutes après la piqure.

A 12 heures, la dilatation est complète.

On ne perçoit plus les bruits du cœur.

A 13 h. 45, extraction d'un enfant mort-né pesant 3 kgr. 070.

A 13 h. 46, délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

Dans ces 34 cas, l'hypophyse a été employée pendant le travail, à la période de dilatation, à un moment plus ou moins rapproché de l'expulsion de l'enfant.

30 fois la délivrance s'est faite naturellement.

4 fois on est intervenu, soit pour inertie utérine, soit pour contracture.

Dans un cas (obs. IV), le placenta était décollé mais retenu dans le segment inférieur.

Dans un autre (obs. XXVI), la délivrance artificielle fut nécessitée par un enchatonnement dans une corne.

Dans un troisième cas (obs. XXXIII), la délivrance artificielle fut faite immédiatement après l'extraction de l'enfant, la femme étant encore en état de narcose, mais la manœuvre fut rendue difficile par une contracture de l'utérus.

Dans le quatrième cas (obs. XXVII), le placenta n'était pas décollé quatre heures après l'expulsion de l'enfant.

Ces incidents de la délivrance sont-ils le fait de l'injection d'extrait hypophysaire et tout d'abord quelle a été leur fréquence ? Aux observations que nous rapportons, il convient d'ajouter 32 cas où nous avons employé l'hypophyse à la même période et dans lesquels la délivrance a été naturelle (nous ne les citons pas pour insuffisance de renseignements exacts sur le temps écoulé entre la piqure et la délivrance).

La fréquence des délivrances artificielles a donc été dans ces cas de 6 %, contre 0,9 % pour les cas où l'hypophyse ne fut pas employé au cours des mêmes années à la maternité de l'hôpital de Rothschild.

Dans l'observation XXVI il semble bien que l'hypophyse a exagéré la contracture du muscle utérin fatigué par quarante-huit heures de travail et provoqué l'accident de la délivrance.

Nous mettons à part l'observation XXXIII où la délivrance artificielle fut pratiquée volontairement aussitôt l'extraction de l'enfant ; elle se serait peut-être effectuée seule normalement bien qu'on ait noté une contracture violente de l'utérus pendant l'intervention.

Dans l'observation XXVII, l'hypophyse a peu agi pendant le travail sur un utérus fatigué de multipare et son action a été nettement insuffisante pour provoquer la délivrance ; l'inertie a réapparu sans d'ailleurs s'accompagner d'hémorragie grave.

Les délivrances naturelles ont-elles été accélérées par l'hypophyse ? Dans 16 cas nous trouvons une accélération manifeste, l'expulsion de l'arrière-faix s'étant produite dans les quinze premières minutes après l'accouchement. Chez six de ces parturientes, un intervalle long, de une à quatre heures, séparait le moment de l'injection d'extrait hypophysaire de la naissance de l'enfant ; nous citerons en particulier l'observation XXXIV où la délivrance suivit l'accouchement d'une minute alors que l'injection d'un demi centimètre cube d'hypophyse avait été faite plus de deux heures auparavant, au début du travail, alors que le col n'était pas complètement effacé, la dilatation s'acheva en quinze minutes, l'extraction du siège se fit sans difficulté. La rétrac-

tion de l'utérus se fit normalement après la délivrance, sans aucun incident. Nous avons injecté l'hypophyse dans ce cas, uniquement dans le but de déclencher le travail chez une primigeste âgée, présentant un œuf ouvert depuis dix jours et en menace d'infection.

2^o LES OBSERVATIONS SUIVANTES CONCERNENT UNIQUEMENT LES CAS OU L'HYPOPHYSE A ÉTÉ EMPLOYÉE A LA PÉRIODE D'EXPULSION POUR INERTIE UTÉRINE.

Observation XXXV (1925-516).

Mme S..., 17 ans, 1-pare.

Accouchement à terme.

Travail très lent : deux jours.

La dilatation est complète, les contractions surviennent toutes les deux minutes mais peu vigoureuses.

Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse faisant apparaître des contractions vigoureuses toutes les minutes pendant une heure. Puis les contractions s'espacent.

Application du forceps sur OIGA une heure quarante-cinq après la piqûre. Extraction d'un enfant vivant de 3 kilos.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'extraction ; sortie facile du placenta ; sortie difficile des membranes qui semblent retenues par l'utérus contracturé et par l'intermédiaire d'un caillot. Délivrance complète : 600 gr.

Observation XXXVI (1926-278).

Mme K..., 28 ans, I-pare.

Accouchement à terme.

Travail lent : vingt-huit heures.

Dilatation complète. Tête engagée en OIDA.

(Bassin légèrement rétréci).

Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse.

Forceps sur OIDA, quarante-cinq minutes après la piqûre pour modification des bruits du cœur.

Extraction d'un enfant vivant, né étonné, pesant 3kgr.350.

Délivrance naturelle trente minutes après l'extraction.

Observation XXXVII (1926-454).

Mme S..., 19 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIDP.

Travail lent : quarante-huit heures.

Dilatation complète.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel trente minutes après la piqûre ; enfant vivant de 4 k. 150.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation XXXVIII (1926-455)

Mme F..., 27 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Après quarante-cinq heures de travail, on fait à dilata-

tion complète une injection de un centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement trente minutes après la piqûre ; enfant vivant de 4 kgr. 300.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'expulsion.

Observation XXXIX (1926-507).

Mme M..., 28 ans, III^e geste.

Accouchement à terme en OIGP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse pour lenteur de la période d'expulsion.

Accouchement naturel quinze minutes après la piqûre ; enfant vivant de 3 kgr. 500.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'expulsion.

Observation XL (1927-69):

Mme K..., 19 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la période d'expulsion.

Accouchement naturel trente-cinq minutes après la piqûre ; enfant vivant de 2 kgr. 625.

Délivrance naturelle trente minutes après l'expulsion (membranes déchirées).

Suites de couches normales.

Observation XLI (1926-626).

Mme L..., 24 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIDP,

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse pour lenteur de la période d'expulsion.

Accouchement naturel quinze minutes après la piqûre ; enfant vivant pesant 3 kgr. 200.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'expulsion ; membranes déchirées incomplètes (écouvillonnage ramenant des débris de caduque le troisième jour).

Suites de couches normales.

Observation XLII (1927-211).

Mme R..., 34 ans, IV-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la dilatation complète.

Accouchement naturel cinq minutes après la piqûre ; enfant vivant pesant 3 kgr. 850.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'expulsion.

Observation XLIII (1927-212).

Mme P..., 28 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIDP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la dilatation complète.

Accouchement naturel quinze minutes après la piqûre ; enfant vivant de 3 kgr. 180.

Délivrance naturelle trente-cinq minutes après l'expulsion.

Observation XLIV (1927-634).

Mme K..., 31 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OI DP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse pour lenteur de la période d'expulsion.

Application des forceps trente minutes après pour modification des bruits du cœur. Extraction d'un enfant vivant pesant 3 kgr. 450.

Délivrance naturelle quatorze minutes après l'extraction.

Observation XLV (1927-467).

Mme A..., 28 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse pour lenteur de la période d'expulsion.

Accouchement, quarante-cinq minutes après la piqure ; enfant vivant, né étonné, pesant 3 kgr. 500.

Délivrance vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation XLVI (1927-133).

Mme H..., 19 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Dilatation complète depuis douze heures. Pas de contractions.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel trente minutes après la piqure ;
enfant vivant de 3 kgr. 810.

Délivrance naturelle quarante minutes après l'expulsion.

Observation XLVII (1927-128).

Mme J..., 20 ans, I-pare.

Accouchement au terme de 8 mois 1/2 en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la période
d'expulsion pour absence de contraction.

Accouchement naturel onze minutes après la piqure ;
enfant vivant pesant 2 kgr. 600.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

Observation XLVIII (1926-852).

Mme G..., 28 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIDP.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la dilata-
tion complète pour faiblesse des contractions et souffrance
fœtale.

Accouchement naturel quinze minutes après la piqure ;
enfant vivant, né étonné, pesant 3 kgr. 600.

Délivrance naturelle trente-cinq minutes après l'expul-
sion ; membranes déchirées, incomplètes.

Suites de couches normales.

Observation LXIX (1927-820).

Mme F..., 30 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Lenteur de la période d'expulsion.

Dilatation complète depuis deux heures et demi.

Les contractions sont espacées, irrégulières et sans vigueur.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel onze minutes après la piqure ; enfant vivant de 4 kilogrammes.

Rétraction de l'utérus. Période de repos de cinq minutes.

Les contractions reprennent ensuite.

Délivrance naturelle neuf minutes après l'expulsion.

La femme se plaint de tranchées violentes pendant quinze minutes après l'expulsion de l'arrière-faix.

Observation L (1927-839).

Mme B..., 27 ans, III-pare.

Accouchement à terme en OI DP.

Lenteur de la période d'expulsion. Contractions faibles.

Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse (intra-musculaire).

Accouchement dix minutes après la piqure ; enfant vivant de 3 kgr. 500.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion : membranes déchirées.

Tranchées douloureuses pendant quatre heures.

Observation LI (1926-443).

Mme H..., 32 ans, III-pare.

Les deux grossesses antérieures se sont terminées chaque fois par une délivrance artificielle.

Phlébite double après le deuxième accouchement.

Actuellement grossesse à terme en OIGA.

Injection de 1 centimètre cube d'hypophyse à la dilatation complète.

Accouchement naturel huit minutes après la piqure ;
enfant vivant de 3 kgr. 200.

Une heure un quart après l'accouchement on pratique la délivrance artificielle : le placenta est enchâtonné dans la corne droite. Extraction difficile, incomplète.

Révision et curettage, le sixième jour, ramenant des débris cotylédonaires : Pansement à l'antivirus streptococcique.

Sortie de la maternité le trentième jour.

Observation LII (1926-329).

Mme S..., 24 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la dilatation complète.

Accouchement naturel trente minutes après la piqure ;
enfant vivant de 3 kilogrammes.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Dans ces 19 observations où l'extrait hypophysaire a été injecté à la dilatation complète pour réveiller des contractions insuffisantes, nul accident n'a été enregistré, si l'on met à part l'observation LI qui concerne une tertipare ayant toujours terminé ses accouchements par une délivrance artificielle.

Dans 3 cas, les membranes ont été retenues ou déchirées, mais les suites de couches ont toujours été normales.

La délivrance a été en général rapide.

3° DÉSIRANT NOUS RENDRE COMPTE DE L'INFLUENCE DE L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA DÉLIVRANCE, NOUS L'AVONS INJECTÉ A DES PARTURIENTES NORMALES, A LA PÉRIODE D'EXPULSION, AU MOMENT OU LA TÊTE FŒTALE APPARAÎSSAIT A LA VULVE.

Observation LIII (1927-794)

Mme H..., 31 ans, IV-pare.

Accouchement à terme en OI DP. Durée du travail : quinze heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement une minute après la piqure ; enfant de 3 kgr. 450.

Délivrance naturelle quatre minutes après l'expulsion.

Observation LIV (1927-792)

Mme C..., 25 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Travail rapide : trois heures quinze minutes.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement cinq minutes après la piqure ; enfant de 3 kgr. 500.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation LV (1927-789).

M. C..., II-pare, 25 ans.

Accouchement à terme en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 4 kilogrammes, neuf minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

(Déchirure superficielle du périnée ayant nécessité 2 crins).

Observation LVI (1927-788)

M. R..., 27 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Durée du travail : onze heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 900 une minute après la piqûre.

Délivrance naturelle quatre minutes après l'expulsion.

Observation LVII (1927-787)

M. F..., 29 ans, I-pare.

Accouchement au terme de huit mois et demi en OIGA.
Durée du travail : huit heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 2 kgr. 950 six minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle quatre minutes après l'expulsion.

Observation LVIII (1927-783)

M. B..., 25 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIDP. Durée du travail : dix heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 820 six minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle quatre minutes après l'expulsion.

Observation LIX (1927-679)

M. J..., 19 ans, I-pare.

Accouchement au terme de 8 mois, en OIGA. Durée du travail : douze heures trente minutes.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel cinq minutes après la piqûre ; enfant de 2 kgr. 080.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation LX (1927-660)

M. W..., 22 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Durée du travail : onze heures trente minutes.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement trois minutes après la piqûre ; enfant vivant de 3 kgr. 200.

Délivrance naturelle une minute après l'expulsion.

Observation LXI (1927-662)

Mme L..., 19 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Durée du travail : onze heures quarante.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement cinq minutes après la piqûre ; enfant de 3 kgr. 030.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation LXII (1927-661).

Mme M..., 23 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Durée du travail : seize heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel cinq minutes après la piqûre ; enfant de 3 kgr. 050.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation LXIII (1927-658).

Mme T..., 30 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Travail rapide : une heure.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel cinq minutes après la piqûre ; enfant de 3 kgr. 500.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation LXIV (1927-629).

Mme S..., 22 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIDP. Durée du travail : dix-sept heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel dix minutes après la piqûre ; enfant de 3 kgr. 200.

Délivrance naturelle trente minutes après l'expulsion.

Observation LXV (1927-630).

Mme D..., 20 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Durée du travail : dix-neuf heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 920, cinq minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

Observation LXVI (1927-632).

Mme S..., 26 ans, II-pare.

Accouchement au terme de huit mois et demi, en OIGA. Durée du travail : cinq heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel trois minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle trois minutes après l'expulsion.

Observation LXVII (1927-638).

Mme B..., 19 ans, I-pare.

Accouchement au terme de huit mois, en OIGA.

Durée du travail : trente-deux heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement naturel dix minutes après la piqûre ; enfant vivant, né étonné, de 2 kgr. 500.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation LXVIII (1927-640).

Mme E..., 37 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Travail : quarante-neuf heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 4 kgr. 150, cinq minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'expulsion.

Observation LXIX (1927-642).

Mme W..., 31 ans, III-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Durée du travail : treize heures trente.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 150, trois minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion.

Observation LXX (1926-647).

Mme Q..., 21 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Durée du travail : sept heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 110, cinq minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle quatre minutes après l'expulsion.

Observation LXXI (1927-655).

Mme F..., 21 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Durée du travail : treize heures quarante-cinq.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 170 cinq minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Observation LXXII (1927-63).

Mme L..., 28 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGP. Durée du travail : vingt-huit heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 400 dix minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'expulsion.

Observation LXXIII (1927-856).

Mme V..., 23 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OI DP.

Travail lent : quarante-huit heures. Douleurs très espacées.

Injection intramusculaire de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Accouchement spontané quatre minutes après la piqure ; enfant vivant de 3 kgr. 100.

Délivrance naturelle deux minutes après l'expulsion.

(La femme se plaint de coliques utérines pendant dix minutes après l'expulsion de l'arrière-faix).

Observation LXXIV (1927-878).

Mme E..., 35 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Travail rapide : huit heures.

Injection de 3/4 de centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kilos, deux minutes après la piqure.

Délivrance naturelle une minute après l'expulsion (insertion marginale).

Observation LXXV (1927-880).

Mme F..., 27 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Durée du travail : huit heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 400 deux minutes après la piqure.

Délivrance naturelle deux minutes après l'expulsion .

(La quantité de sang perdu pendant la délivrance atteint 410 grammes.)

Observation LXXVI (1927-884).

Mme G..., 22 ans, II-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Durée du travail : treize heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 150 trois minutes après la piqure.

Délivrance naturelle trois minutes après l'expulsion.

Sortie difficile des membranes déchirées, mais paraissant complètes.

Suites de couche normales.

Perte de sang peu abondante : 100 grammes.

Rétraction très marquée de l'utérus, la femme se plaint de « tranchées » pendant quatre heures.

Observation LXXVII (1927-887).

Mme B..., 27 ans, IV-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Durée du travail : huit heures vingt.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 350 deux minutes après la piqure.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'expulsion de l'enfant.

(Perte de sang peu abondante : 100 grammes.)

Observation LXXVIII (1927-894).

Mme W..., 30 ans, II-pare,

Accouchement à terme en OI DP.

Durée du travail : dix heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 320 douze minutes après la piqure.

Délivrance naturelle trois minutes après l'expulsion de l'enfant.

(Déchirure superficielle du périnée.)

Dans ces 26 cas la délivrance s'est faite spontanément et rapidement, sans aucun incident : placenta complet, membranes intactes, aucune hémorragie. Deux fois nous avons observé une déchirure superficielle du périnée ; encore s'agissait-il, dans l'observation LV, d'un gros enfant de 4 kilos.

La délivrance a toujours été très nettement accélérée, survenant en général quatre à cinq minutes après l'expulsion de l'enfant.

Dans les cas où la délivrance s'est faite moins rapidement (observations LXIV, LXVII, LXVIII, LXXII), il s'agissait de parturiente ayant un *travail lent* et prolongé, chez lesquelles l'extraïthypophysaire réveillait peu de contractions.

En résumé, nous avons observé une action manifeste de l'hypophyse sur la délivrance, mais seulement dans les cas où elle est injectée à une période assez rapprochée de l'expulsion.

A la fin de la période d'expulsion, l'extrait hypophysaire injecté chez une parturiente ayant eu un travail normal amène toujours rapidement la délivrance sans le moindre accident (dans un temps variant en général de une à cinq minutes).

Les cas où la délivrance est moins rapide concernent des femmes qui ont eu un travail anormalement lent et chez lesquelles l'extrait hypophysaire ne parvient pas à donner, semble-t-il, un coup d'épéron suffisant au muscle utérin.

Quant à la quantité de sang perdue pendant la délivrance, elle a toujours été minime (150 à 200 gr. en moyenne), sauf dans un cas (observation LXXV) où elle fut de 410 grammes.

De quelle façon l'hypophyse trouble-t-elle les phénomènes physiologiques de la délivrance ?

Dans la majorité des cas, nous avons observé une période de repos, très courte il est vrai : elle persistait en moyenne une minute. Les contractions réapparaissaient immédiatement.

Dans tous les cas cités plus haut le placenta s'est engagé suivant le mode de Baudelocque, par sa face fœtale.

Mais il nous a semblé que, sous l'influence de l'injection d'hypophyse, l'expulsion de l'arrière-faix se faisait assez souvent suivant le mode de Duncan, par le bord utérin ou la face utérine.

Il faut s'attendre, dans ce cas, à avoir des ennuis avec l'extraction des membranes comme dans le cas suivant :

Observation LXXIX (1926-190).

Mme E..., 30 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA. Durée du travail : douze heures.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la dilatation de petite paume.

Accouchement naturel quinze minutes après la piqûre : enfant vivant pesant 3 kgr. 500.

Hémorragie de la délivrance une heure après l'accouchement.

Délivrance une heure quarante-cinq après l'expulsion de l'enfant. Le placenta est expulsé par sa face utérine. Membranes déchirées, incomplètes.

Température dans les suites de couches.

Sortie en bon état le vingt et unième jour.

Dans les cas suivants l'expulsion de l'arrière-faix s'est faite selon le même mode, sans incident :

Observation LXXX (1927-875).

Mme K..., 32 ans, I-pare.

Accouchement au terme de 8 mois 1/2 en OIGA.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse (intra-musculaire), à la période d'expulsion.

Accouchement naturel trois minutes après la piqûre ;
enfant vivant de 3 kilos.

Délivrance sept minutes après l'expulsion de l'enfant.

Le placenta se présente par son bord inférieur.

Membranes intactes, sorties facilement.

Observation LXXXI (1927-887).

Mme K..., 24 ans, I-pare.

Accouchement à terme en OIGA.

Durée du travail : huit heures vingt-cinq.

Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse à la période d'expulsion.

Naissance d'un enfant de 3 kgr. 320 (né étonné) deux minutes après la piqûre.

Délivrance naturelle.

Expulsion du placenta par sa face utérine, membranes intactes.

Perte de sang peu abondante : 130 grammes.

**L'hypophyse est-elle responsable
de certains accidents de la délivrance ?**

Enchâtonnement du placenta. — Lequeux le signale dans un cas de grossesse angulaire.

Nous l'avons nous-même observé dans un cas (observation XXVI).

Joseph B. Delee (de Chicago) a vu quelques cas d'incarcération du placenta, mais il prétend qu'avec une bonne technique, le placenta peut être expulsé sans danger (1).

Décollement prématuré du placenta. — Nous n'avons relevé que 2 cas dans la littérature médicale :

Un cas de Voigts terminé par une rapide application de forceps et l'extraction d'un enfant vivant.

Un cas imprécis de Pouliot ?

Rétentions membraneuses. — M. L. Muller, qui n'est pas convaincu de l'action de l'hypophyse sur l'expulsion rapide et facile du placenta, a vu des rétentions de membranes plus fréquentes, causées par un décollement trop rapide.

Vayssières a publié un cas de placenta découronné.

Nous n'avons observé que des faits de rétention partielle et qui n'ont jamais donné lieu à des suites fâcheuses.

Inertie du « post-partum ». — L'influence des injections d'hypophyse faites au cours du travail sur l'inertie utérine du *post-partum* a été très discutée par les accoucheurs.

L'inertie serait favorisée par l'extrait hypophysaire pour Bagger-Jørgensen, Hofbauer, Stern,

1. Joseph B. Delee, in *The Practical Medicine Series* (Series 1925, vol. V, p. 127.)

Spaeth, Grünbaum, Jægers, qui ont constaté aussi des pertes plus considérables.

Fabre et Rhenter ont pesé le sang perdu par les 9 femmes faisant l'objet de leur travail et ont constaté une moyenne supérieure à la normale.

Ils durent une fois pratiquer la délivrance artificielle pour hémorragie.

Un cas analogue a été cité par Morichau-Beuchant.

D'autres auteurs affirment au contraire que l'usage de l'extrait hypophysaire diminue les risques d'hémorragie de la délivrance. Parmi eux nous citerons Fries, Studeny, Oppenheimer, Vogt, Vayssières, Mlle Chneerson.

M. J. Josephson déclare que la seule indication « légitime » de l'hypophyse est l'hémorragie *post-partum*.

Ces deux séries d'affirmations contradictoires ont été conciliées par Heilbronn et Wellmann qui montrent dans leurs travaux à ce sujet que tout dépend du moment de l'injection de l'hypophyse ; faite précocement, au début du travail, l'hypophyse peut avoir épuisé son action lorsque le travail a traîné en longueur et dans ces cas, l'inertie réapparaît, sans d'ailleurs être alarmante. Faite à la fin de la dilatation ou peu de temps avant l'expulsion de l'enfant, l'injection d'hypophyse agit encore sur le tonus utérin, provoquant l'expulsion précoce de l'arrière-faix et réduisant au minimum les pertes sanguines.

Nos conclusions sont en tous points conformes à celles de ces derniers auteurs et nous insisterons encore sur les cas où l'injection d'extrait hypophysaire est faite tout à la fin de la période d'expulsion dans les conditions que nous avons indiquées.

L'effet du médicament se poursuit toujours au delà de l'expulsion de l'enfant, au delà même de l'expulsion de l'arrière-faix, comme en témoignent la rétraction de l'utérus et ses contractions (souvent ressenties par la femme) réduisant les pertes de sang au minimum.

Certains ont publié des cas d'hémorragie tardive, en particulier Bischoff qui a observé une hémorragie abondante cinq heures après la délivrance. Nous n'avons jamais observé de pareils faits.

II. — L'EMPLOI DE L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE APRÈS L'EXPULSION DU FŒTUS DANS LE BUT DE HATER LA DÉLIVRANCE

L'hypophyse a été rarement employée dans ce but d'une façon systématique. Quelques auteurs cependant y ont eu recours. Rubsamen et Vogt emploient l'hypophyse après l'accouchement dans plusieurs conditions ; soit au bout de quarante-cinq minutes dans les cas d'inertie utérine, soit immédiatement après l'expulsion de l'enfant chez les multipares sujettes à l'inertie utérine du post-partum. Ils observent des délivrances rapides sans accident. Mais ils recommandent de toucher préalablement la

parturiente pour s'assurer que le col n'est pas rétracté.

Aarons, en 1910, publie 70 cas dans lesquels l'hypophyse, administrée entre l'accouchement et la délivrance, produit l'expulsion facile et rapide des annexes fœtales, tout en assurant l'hémostase utérine.

Fischer, Liepmann, Stern, Gussow, Fournier l'ont employé accidentellement.

Harrisson a observé un cas d'incarcération placentaire.

Mlle Chneerson, dans sa thèse, cite 5 cas où l'injection d'hypophyse a été faite dans le but de hâter la délivrance. Sur ces 5 cas elle a eu : 3 échecs (délivrance artificielle les trois fois); une délivrance relativement facile; un cas où le placenta adhère un peu partout avec une partie enchatonnée dans la corne droite; le troisième cas où la délivrance artificielle est très pénible, l'utérus se contractant sur la main; on détache le placenta par morceaux, trois jours après, un curettage ramène des débris placentaires.

Dans les 2 cas heureux, la délivrance naturelle se fait quinze minutes après la piqure dans l'un; dans l'autre le placenta est extrait après des tentatives d'expression et de traction combinées: placenta complet sauf quelques petits morceaux de caduque qui manquent.

Vignes, dans son *Traité de physiologie obstétricale*,

à propos de l'action de l'hypophyse sur la délivrance, cite deux échecs :

Dans l'un, l'injection d'hypophyse avait été faite pour non-délivrance, les contractions avaient été énergiques mais sans effet : « je craignais de tomber dans un utérus contracturé ; or, l'introduction de la main fut des plus faciles ; les parois de l'utérus étaient également fermes et la cavité était également calibrée, sans anneau de contracture ». Il s'agissait d'une multipare, qui, pendant l'accouchement, n'avait pas eu de signes d'hypertonie (1).

Dans l'autre observation il s'agit d'une II-pare chez laquelle l'injection de pituitrine n'amena aucune contraction. Cette femme, à son premier accouchement, avait déjà subi une délivrance artificielle pour absence de contractions trois heures après la sortie de l'enfant.

Notre maître, M. le Dr Schwaab, a employé trois fois l'hypophyse, à la dose de 1 centimètre cube, dans des cas de retard de la délivrance par atonie, sans hémorragie ; les trois fois, il a dû intervenir et la délivrance artificielle fut rendue très pénible par la rétraction très prononcée de l'anneau de Bandl ou l'enclôtonnement dans une corne.

Dans le cas suivant, l'extrait hypophysaire a amené

1. A propos de cette observation, J. Leprince, dans sa thèse (Paris, 1923) précise qu'il s'agissait dans ce cas d'adhérences vraies dans un utérus curetté deux fois antérieurement (d'après Demelin, théorie exposée dans la thèse de Troussel, les adhérences vraies de placenta seraient dus à un curettage antérieur).

des troubles de la contraction normale du muscle utérin et provoqué des contractures :

Observation LXXXII (1924-134).

Mme S..., 24 ans, I-pare.

10 h. 20. — Accouchement artificiel à terme en OIGT., pour défaut de rotation.

Extraction d'un enfant vivant de 2 kgr. 750.

11 heures. — Le cordon présentant une insertion véla-menteuse, se rompt, entraînant une partie des membranes au cours de manœuvres combinées d'expression utérine et de tractions pour décoller l'arrière-faix.

11 h. 15. — Injection de 1 cmc. 1/2 d'hypophyse.

12 h. 20. — Délivrance artificielle. On a beaucoup de difficulté, après avoir franchi l'anneau de Bandl, à décoller le placenta incarcéré dans la corne droite.

La lecture de ces observations fait ressortir deux faits principaux : d'une part, l'action favorable de l'hypophyse sur la délivrance, de l'autre, l'échec de la médication. Les cas heureux concernent les injections faites avant l'expulsion de l'enfant. Les déboires surviennent, au contraire, dans les cas où la piqure a été faite après l'expulsion.

Nous n'essaierons pas d'échafauder des explications physiologiques plus ou moins fantaisistes.

Nous nous bornons à constater les faits. Que l'hypophyse amène, comme certains auteurs le prétendent, une élévation du tonus, des contractions violentes et irrégulières, pouvant même, dans certains cas, provoquer un véritable état de contracture, qu'elle exagère, en résumé, la contraction tonique comme la contraction clonique, elle n'amène pas moins, lorsqu'elle est injectée à la période d'expulsion, la sortie rapide de l'enfant, suivie d'une délivrance accélérée et complète, tandis qu'injectée après l'expulsion, elle est la cause souvent de rétractions spasmodiques, la contractilité ne paraissant plus s'exercer qu'au niveau des zones sphinctériennes d'un organe creux.

L'HYPOPHYSE DANS LES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

Depuis l'introduction de l'extrait hypophysaire en obstétrique, les auteurs se sont divisés sur l'opportunité de l'hypophyse dans les hémorragies de la délivrance.

Si les uns la préconisent, soit à titre préventif, soit comme agent thérapeutique des hémorragies en cours, la majorité des auteurs, par contre, lui préfèrent ou l'adrénaline, ou l'ergot et ses succédanés.

C'est Bell, le premier, en Angleterre, qui employa l'hypophyse contre l'inertie post-partum et en préconisa l'emploi dans tout accouchement ; il y voyait un double avantage : celui d'exciter la contractilité de l'utérus inerte et celui de combattre le collapsus consécutif à l'hémorragie en élevant la pression sanguine.

Après lui, Aarons (de Londres) publia 70 observations dans lesquelles l'injection intra-musculaire d'extrait hypophysaire mit fin à l'hémorragie post-partum ou contracta un utérus en état d'inertie après la délivrance.

A Vienne, Foges et Hofstätter expérimentaient la pituitrine (en injection intra-musculaire ou intraveineuse) dans 50 cas d'inertie post-partum : « l'uté-

rus qui, après l'expulsion du placenta, restait atone et ne réagissait pas par le massage, demeurait encore inerte après l'injection de pituitrine, mais après quelques minutes on le voyait brusquement se contracter sous l'influence de l'excitation d'un faible massage, et cette contraction était assez soutenue pour arrêter l'hémorragie.

Ebeler, Fischer publient des observations analogues. Fischer cite, entre autres, le cas d'une X^e-para ayant présenté, dans quatre délivrances précédentes, des hémorragies très graves. Il fait quatre injections de pituitrine (une de 0 cmc. 5, les autres de 1 cmc.), la dernière après l'expulsion de l'enfant. Contractions utérines régulières, se reproduisant à intervalles de 2 minutes. Placenta décollé vingt-deux minutes après et, quinze minutes plus tard, extrait par le procédé de Crédé. Perte de sang totale : 500 grammes.

Klotz cite 2 cas d'inertie post-partum où la pituitrine réussit là où avait échoué l'ergotine.

Wagner, Clipton (16 succès sur 18 cas), Ross, emploient l'hypophyse avec succès dans les hémorragies de la délivrance.

Schmidt publie 118 cas d'hémorragie post-partum avec succès complet.

Et voici les opinions contraires :

Hofbauer, Bagger-Jorgensen, Fries, Herf et Hell, Hirsh, Jaeger, Studeny rejettent l'hypophyse dans les hémorragies de la délivrance et préconisent l'ergotine.

Neu en préfère l'adrénaline.

Stern, dans les cas où il expérimenta l'hypophyse, constate, une demi-heure à une heure après l'expulsion de l'arrière-faix, un relâchement de l'utérus s'accompagnant d'une légère hémorragie.

L. Muller n'a pas vu de bons résultats de l'hypophyse dans le traitement des hémorragies de la délivrance.

Foges et Fischer associent l'hypophyse et l'ergotine.

Mlle Chneerson sur 7 cas a eu 4 succès : elle reconnaît, en outre, avec Bell, le bénéfice que l'on retire de l'action toni-cardiaque du médicament, mais elle ne rejette pas l'ergotine.

Enfin nous citons, pour mémoire, le cas de Herzberg où l'hémorragie ne cédant pas à l'ergotine, il injecta de la pituitrine directement dans le muscle utérin.

Nous avons vu précédemment les griefs faits à l'hypophyse administrée pendant le travail : la prédisposition à l'inertie *post-partum* ; et nous avons apporté nos raisons de ne pas imputer au médicament des accidents relevant de l'état du muscle utérin revenant à l'inertie lorsque l'action de l'hypophyse ne se fait plus sentir et ne le stimule plus.

Mais nous n'envisageons maintenant que le traitement de ces hémorragies de la délivrance, et le traitement par l'hypophyse. Or, nous n'avons guère obtenu de résultats avec ce médicament.

Dans les cas où l'hémorragie survient avant la

sortie du placenta, il nous paraît préférable de recourir aux autres modes de traitement (massages, injections chaudes, délivrance artificielle). Lorsque l'utérus est vide, après l'expulsion du placenta, l'hypophyse doit céder la place à l'ergotine, ce médicament possédant une action beaucoup plus constante et beaucoup plus intense.

Cependant, dans le cas suivant, l'extrait hypophysaire parut jouer un rôle utile, à côté des autres modes de traitement mis en œuvre :

Observation LXXIII (1927-888).

Mme V...; 34 ans, VIII-pare.

Accouchement naturel à terme, en OIGA, après une durée normale de travail.

Enfant de 3 kgr. 570.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion de l'enfant.

Une heure trois quarts après la délivrance survient une hémorragie abondante ; l'utérus est flasque, il remonte à quatre travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic.

Injection de 1 centimètre d'hypophyse. Massage. Injection-chaude.

Arrêt de l'hémorragie. Rétraction utérine.

Contractions ressenties par la femme, quatre minutes après la piqure et persistant pendant un quart d'heure.

(Cette femme, multipare, avait déjà présenté une hémorragie de la délivrance à son sixième accouchement.)

CONCLUSIONS

1° L'extrait d'hypophyse semble hâter la *délivrance* lorsqu'il est employé peu de temps avant la période d'expulsion ou au cours même de cette dernière. C'est qu'alors les fortes contractions dues au médicament décollent rapidement le placenta, dès après la sortie du fœtus.

2° Son action, par contre, est inconstante ou, plus souvent, nulle, lorsqu'il est injecté pendant la période de dilatation, un temps assez long avant l'expulsion du fœtus. C'est qu'alors la période de délivrance peut coïncider avec de l'inertie utérine, consécutive à l'*épuisement du médicament*.

Parfois, dans ces conditions, on peut observer la rétraction de l'anneau de Bandl.

3° Quand la délivrance est rapide, sous l'influence de l'extrait hypophysaire, le placenta sort souvent selon le mode de Duncan (face utérine ou plus souvent bord utérin). Il faut se méfier alors de la *réten-tion possible des membranes*, soit que celles-ci n'aient pas eu le temps de se décoller, soit qu'elles soient serrées dans un anneau de Bandl rétracté.

4° Etant donnée l'action favorable sur le décolle-

ment placentaire de l'extrait hypophysaire injecté peu avant l'expulsion du fœtus, il peut être bon de l'employer préventivement chez des multipares ayant présenté antérieurement des accidents de la délivrance par inertie utérine ;

5° L'extrait hypophysaire est sans action, voire même dangereux, quand il est employé après l'expulsion du fœtus, en cas de retard de la délivrance (par inertie utérine ou par adhérences anormales).

Le médicament, ou bien ne provoque que des contractions insuffisantes pour décoller le placenta, ou bien agit de préférence, alors que l'utérus *est vide*, sur ses portions sphinctériennes, d'où rétraction de l'anneau de Bandl ou enchatonnement du placenta, avec leurs conséquences ;

6° En cas d'hémorragies de la délivrance (avant la sortie du placenta) l'extrait d'hypophyse doit céder le pas aux autres procédés thérapeutiques (délivrance artificielle, etc...)

Dans les hémorragies de la délivrance, après la sortie du placenta (l'utérus étant complètement vide) l'extrait d'hypophyse est de beaucoup inférieur comme action à l'ergotine et plus infidèle.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AARONS. — On the use of pituitary extract in obstetric and gynecology. *Lancet*, 1910, II, 1828.
- ABEL. — Recherches physiologiques, chimiques et cliniques sur les principes actifs de l'hypophyse. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, t. XXXV, n° 404, oct. 1924.
- BAGGER-JÖRGENSEN. — Pituitrin als wehentreibendes Mittel. *Zentralblatt für gynækologie*, 1911, XXXV, 1305.
- BELL. — The pituitary body and the therapeutic value of the infundibular extract. *British medical journal*, 1909, II, 1609.
- BERTOLINI. — L'opothérapie hypophysaire en obstétrique. *Folia gyn.*, Pavie 1914, IX, 147.
- BISCHOFF. — Hypophysen extrakt und Atonia uteri. *Zentralblatt für gynækologie*, 1914, XXXIII, 549.
- BUBEN. — Traitement des hémorragies à la suite de l'accouchement. *Zentralblatt für gynækologie*, 5 sept. 1925.
- BUBIS. — Petites doses de pituitrine en obstétrique. *Surgery, gyn. and obst.*, 1915, XXI, 657.
- BURGER. — Sur l'emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique. *Gynécologie et obstétrique*, t. IX, n° 1, 1924.
- BURGER (K.). — Question des hémorragies à la suite de l'accouchement. *Zentralblatt für gynækologie*, 25 juillet 1925.
- CHNEERSON (Mlle). — De l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse en obstétrique. *Thèse de Paris*, 1917-1918.

- DALE. — *Semaine médicale*, 1910, p. 114.
- DELESTRE. — De l'emploi de l'hypophyse au cours du travail chez la primipare. *Gazette des Hôpitaux*, janv. 1922, page 69.
- DEMELIN. — Notes relatives aux hémorragies utérines de la grossesse et de la délivrance. *Le monde médical*, 15 janv. 1926.
- DEVIN. — Recherches cliniques sur l'emploi de l'ext. hypophysaire pendant la grossesse et pendant le travail. *Thèse de Lyon*, 1912-1913.
- EBELER. — *Medizinisch klinische Wochenschrift*, 1911, n° 29.
- ESBENSEN. — Extraits pituitaires en obstétrique. *Ugeskr. f. Læger, Copenhagen*, 9 avril 1914, page 635.
- FABRE ET RHENTER. — Contraction utérine du travail et extrait d'hypophyse. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1912, I, 534.
- FISCHER (O). — Pituitrinwirkung in 50 Geburtshülflichen Fällen. *Zentralblatt für gynækologie*, 1912, XXXVI, 15.
- FOGES. — Pituitrinanwendung in der geburtshülfe. *Archiv für gynækologie*, 1913, XCIX, 455.
- FOGES ET HOFSTATTER. — Über Pituitrinanwendung bei Postpartum-blutungen. *Zentralblatt für gynækologie*, 1912, XXXV, 1500.
- FORGET-MURION (M.). — La contraction utérine. *Le Progrès médical*, 5 janvier 1924.
- FOURNIER. — De l'emploi du lobe postérieur d'hypophyse dans le placenta prævia, la délivrance à terme et la rétention placentaire. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1914, III, 370.
- FRANKL-HOCHWART ET FRÖHLICH. — Zur Kenntnis der Wirkung des Hypophysins auf das sympathische und autonome Nervensystem. *Wiener Klinischen Wochenschrift*, 1909, n° 27.

FREUND. — *Medicin Klin. Berlin*, 1912, n° 6.

FRIES. — Klinischen und poloklinische Erfahrungen mit Pituitrin als Wehenanregenden und wehenverstärkenden Mittel. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1911, I, VIII, 2438).

GRÜNBAUM. — Weitere Erfahrungen über die Wirkung der hypophysen Extraktes in Geburtshülfe. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1912, LIX, 2048.

GÜSSOW. — Das Pituitrin in der Geburtshülfe. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1912, XXXVI, 1755.

HABA. — Conduite à tenir pendant la délivrance. *Arch. gyn. Berlin*, 12 déc. 1925.

HENDLEY. — A propos de 60 cas de pituitrine pendant le travail. *British med. Journ.*, 1914, I, page 906.

HERFF ET HELL. — Sekakornin der Pituitrin unter der Geburt. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1912, LIX, 132.

HERZBERG. — Klinische Versuche mit den isolierten Wirksamen Substanzen den Hypophysen *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, XXXIX, 207.

HEILBRONN. — Zur wirkung des hypophysen Extraktes in der Geburt. *Münchener. medizinische Wochenschrift*, 1912, LIX, 2279.

HOFBAUER. — Hypophysen Extrakt als Wehenmittel. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1911, XXXV, 137.

— Pituitrin und Digitalis in der Geburtshülfligen Praxis. *Ibid.*, 749.

— Die Verwendung der hypophysen Extrakt in der praktischen Geburtshülfe. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1912, LIX, 1210.

JAEGER. — Hypophysen Extrakt als Wehenwittel. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1912, LIX, 297.

- LEPRINCE. — Contribution à l'étude de l'ext. hypophysaire utilisé en obstétrique. *Thèse de Paris*, 1923.
- LEQUEUX. — Accidents survenus à la suite de l'emploi d'hypophyse. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1912, 710.
- LIEPMANN. — Retention placenta mit Pituglandol. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1913, XXXVII, 764.
- MORVILLE. — Les hémorragies obstétricales graves. *Uger. Læger-Copenhagen*, 26 novembre 1925.
- MULLER (M. S.). — Vlijtien jaren pituitrine in de verleskunde. *Med Tjidschrift v. Geneeskunde*, 1926, 110.
- NEU. — Zur pharmakologie and klinische Dignität der Uterus-tonikl. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911, LVIII, 565.
- OPPENHEIMER. — Pituitrin in der Geburtshülfe. *Archiv. für Gynäkologie*, 1913, CI, 501.
- POULIOT. — Les Extraits hypophysaires en Obstétrique et en Gynécologie, 2^e édition. *L'Expansion scientifique française*. Paris, 1921.
- Les Extraits d'hypophyse en thérapeutique obstétricale. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1921, 92, 284.
- REEB. — A propos de l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. *Strasbourg médical*, déc. 1924.
- ROSS. — Über Extraktum hypophysis als Mittel zur Anregung der Wehentätigkeit. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1911, XXV, 1208.
- ROWLAND. — Observations sur l'extrait pituitaire en obstétrique. *Southern medical Journal*, 1917, VIII, 394.
- RÜBSAMEN. — Klinisch experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Wehenmittel in der Nachgeburts

- periode. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, LX, 627.
- RYDER. — Action de l'hypophyse au début de la délivrance. *Amer. J. of Obst.*, juillet 1921, p. 61.
- SCHMID (H.). — Über Retention der Plazenta durch vorzeitige Sekaleverabreichung. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911, LVIII, 2014.
- SIGURET. — Faits pour servir à l'étude de l'action ocytotique de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse. *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912, I, 490.
- SPÆTH. — Hypophysen Extrakt in der Geburtshülfe. *Zentralblatt für Gynækologie*, 1912, XXXVI, 369.
- STERN. — Wehenverstärkung and Wehenerregung durch Pituitrin. *Zentralblatt für Gynækologie*, 1911, XXXV, 1113 et 1912, XXXVI, 255.
- STUDENY. — Bericht über die Anwendung des Pituitrins in der Landesgeböranstalt. *Wiener Klin. Wochen.*, 1911, XXIV, 1766.
- VAYSSIÈRES. — Etude sur l'extrait hypophysaire en tant qu'agent ocytotique. *Thèse de Paris*, 1911-1912.
- VIGNES. — Les médicaments qui modifient la contraction utérine. *Presse Médicale*, n° 4, 23 janv. 1924.
- *Physiologie obstétricale*, 1 vol. Masson, 1923.
- La contraction utérine pendant la parturition. *Progrès Médical*, 27 mai 1922.
- VOGT. — Pituitrin in Nachgeburts periode. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1911, XXXIX, 2401.
- VOIGTS. — Erfahrungen über Pituitrinwirkung in der Klinik und Poliklinik. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1911, XXXVII, 2286.
- WIELOCH. — Rétraction et hémostase du post-partum. *Zentralblatt für Gynækologie*, 21 nov. 1925, p. 2644.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
HISTORIQUE	10
ACTION DE L'HYPOPHYSE SUR LES MUSCLES.....	13
PHYSIOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE	15
L'ACTION DE L'EXTRAIT HYPOPHYSIAIRE DE LA DÉLIVRANCE	17
I. — L'action exercée sur la délivrance par l'extrait hypo- physaire injecté pendant le travail.....	18
OBSERVATIONS	20
1 ^o Hypophyse injectée au cours de la période de dilata- tion.....	20
2 ^o Hypophyse injectée pour lenteur de la période d'expul- sion	41
3 ^o Hypophyse injectée systématiquement au moment de l'expulsion	49
De quelle façon l'hypophyse trouble-t-elle les phéno- mènes physiologiques de la délivrance ?.....	59
L'hypophyse est-elle responsable de certains accidents de la délivrance ?	61
II. — L'emploi de l'extrait hypophysaire, après l'expulsion du fœtus dans le but de hâter la délivrance.....	64
L'HYPOPHYSE DANS LES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE	69
CONCLUSIONS.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75

